

DESIGNACION DE BENEFICIOS

Yo, _____, _____, mayor de edad,
 Nombre completo Beneficiario Seguro Social
 _____, y _____, Puerto Rico, Beneficiario
 Estado Civil Vecindad

de la póliza _____; y Yo, _____, _____,
 Nombre completo Director Funeral Seguro Social
 mayor de edad, y _____, y _____, Puerto Rico,
 Estado Civil Vecindad
 Director Funeral de la Funeraria _____.

Certificamos que:

PRIMERO : El asegurado(a) _____ falleció el día ____ de _____ de ____ en _____, Puerto Rico.

SEGUNDO : Los servicios funerales fueron rendidos por la funeraria arriba mencionada.

TERCERO : El Beneficiario pagó un adelanto del servicio funeral por \$_____.

CUARTO : El Beneficiario libre, voluntaria y solidariamente autoriza a la Compañía **Triple-S Vida, Inc.**, para que emita el pago por \$ _____, a la funeraria que rindió el servicio.

QUINTO : Relevamos a la Compañía **Triple-S Vida, Inc.**, de cualquier reclamo bajo la póliza arriba mencionada.

SEXTO : Presentamos esta certificación libre y voluntariamente y que todos los hechos en la misma alegados son ciertos y nos constan de propio y personal conocimiento.

SÉPTIMO : Reconocemos que cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. **Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.**

Y PARA QUE ASI CONSTE, afirmamos y suscribimos la presente en _____ Puerto Rico a _____ de _____ de 20____.

Firma del Beneficiario	Firma del Testigo	Firma del Director Funerario
Dirección Postal	Dirección Postal	Dirección Postal
Dirección Residencial	Dirección Residencial	Dirección Física Funeraria
Tel (-----)	Tel (-----)	Tel (-----)

NOTA: FAVOR DE VERIFICAR QUE EL DOCUMENTO ESTE COMPLETADO ANTES DE FIRMAR